

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 21117
DATA: 27/10/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE

Código: 1546

Nº do Processo / Ano: /

Data Provável de Pagamento: 20/11/2021

Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

Código: 45407

Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -

Inscrição Municipal:

CNPJ/CPF: 18216366/0001-68

Inscrição Estadual:

Bairro: SANTA TEREZA

Endereço: R CRISTAL, 78

CEP: 31010110

UF: MG

Cidade: BELO HORIZONTE

Telefone: 3134972575

Banco: Agência:

Conta Corrente:

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
3763	799	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	21/06/2021		345.000,00

Valor Bruto: 345.000,00
 Líquido a Pagar: 345.000,00
 Valor por Extenso: TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS *****

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 030/120 (OUTUBRO/2021) PARA REALIZAR PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, CONFORME PORTARIA Nº.683, DE 18/04/2019, QUE HABILITA O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA C/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER IV. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/2028.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC .

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabrcio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabrcio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde Matrícula: 542301	Fernando Vieira J. de Morai Assist. Administrativo Matr. 19061-3 Conferido	

USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA

Data: / / Assinatura:

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Ident: _____

Nome Legível: _____

Visualização de arquivos

**Auto-Atendimento
Comprovante – Arquivo**

Agência débito: 1633-0
Conta débito: 62917-0
CPF/CNPJ: 14237130/0001-57 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Banco: 104
Agência crédito: 86-0
Conta crédito: 3858-3
Favorecido: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO
Documento empresa: 20210211172021005598
Data pagamento: 09/11/2021
Valor pagamento: 345.000,00
Documento banco: 00000890000328919953
Data real pagamento: 09/11/2021
Valor real pagamento: 345.000,00
Autenticação: EEC04E5DCA314DB2
